

Сосудистые опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области у детей

П.И.Ткаченко, И.И.Старченко, С.А.Белоконь, Е.В.Гуржий

**ВГУЗУ “Украинская медицинская стоматологическая академия”
(г. Полтава)**

По данным литературных источников, в структуре всех новообразований человека 29% составляют доброкачественные опухоли (ДО) и опухолеподобные образования мягких тканей лица и шеи с огромной долей их встречаемости (41,38-75,86%) в челюстно-лицевой области (ЧЛО) именно у детей с преобладанием новообразований соединительнотканного (мезенхимального) происхождения (гемангиома, лимфангиома, фиброма и т.д). В то же время, среди онкологических заболеваний ЧЛО у детей 55-62% занимают опухоли мягких тканей лица [1, 5, 11, 16].

По мнению исследователей, доброкачественные опухоли ЧЛО встречаются у детей разного возраста, однако особенности метаболизма и физиологических функций, изменяющиеся с возрастом, обуславливают различие нозологических форм ДО в разных возрастных группах [4]. Так, наибольшая частота заболеваемости доброкачественными опухолями мягких тканей ЧЛО наблюдается у детей до 1 года или у 12-16-летних подростков, причём в первые 5 лет жизни чаще встречаются гемангиомы, лимфангиомы, дермоиды, опухоль Абрикосова, меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев [2, 3, 13, 14, 15].

В литературных источниках имеются данные и о частоте встречаемости указанной патологии в зависимости от пола пациентов, однако такие сведения достаточно противоречивы.

Общепризнано, что все опухоли детского возраста обладают свойствами, отличающимися от взрослой патологии, растут быстрее, прогрессируя соответственно периодам роста ребёнка в целом [3, 4, 14].

Отдельного внимания среди ДО мягких тканей ЧЛО у детей заслуживают гемангиомы (ГГ), в 80% случаев локализующиеся именно на лице и голове, являясь врождёнными дисонтогенетическими процессами, возникающими в эмбриональном периоде как порок развития эндотелия пролиферирующих сосудов [2, 10]. По статистическим данным, частота такой патологии у детей в Украине, в отличие от взрослых, в последние годы значительно возросла [9, 13].

Учитывая этиопатогенез ГГ, становится понятным наиболее частое их выявление сразу после рождения ребёнка (80% случаев) или в первые месяцы жизни (10% случаев) [14]. Интересно, что они выявляются у 1,1-2,6% новорожденных, а у недоношенных детей частота их встречаемости возрастает до 20-22% [9].

Нами проведено исследование с целью сопоставления существующих точек зрения с собственными наработками касательно клинικο-морфологических особенностей и принципов лечения гемангиом мягких тканей ЧЛО у детей.

В ходе исследования проанализированы фундаментальные научные труды и публикации в периодических изданиях касательно указанных вопросов, а для определения частоты и структуры доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области у детей детально изучено 2782 истории болезни пациентов хирургического отделения детской городской клинической больницы г.Полтавы 2002-2012 гг. [15].

Клиническая часть исследования касалась 26 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет, пролеченных по поводу гемангиом мягких тканей ЧЛО в

клинике кафедры детской хирургической стоматологии на базе хирургического отделения детской городской клинической больницы г.Полтавы на протяжении 2005-2011 годов. Мальчиков было 14 (53,85%), девочек – 12 (46,15%). У всех пациентов объём лечебных мероприятий планировался в зависимости от нозологической формы заболевания.

Морфологические особенности различных форм гемангиом мягких тканей ЧЛО у детей изучено на 26 препаратах, изготовленных из послеоперационного материала по общепринятым методикам [6].

Исследованием установлено, что дети с доброкачественными образованиями мягких тканей ЧЛО составили 7,4% от общего количества пациентов хирургического отделения ДГКБ г.Полтавы за указанный период, а в структуре ДО мягких тканей лица и шеи второе место после дермоидных кист (32,6%) занимали гемангиомы (26,0%) [15] с локализацией, представленной в таблице 1.

Таблица 1

Локализация гемангиом мягких тканей ЧЛО у детей

№ п/п	Анатомическая область	Количество случаев	
		абс	%
1	Нижняя губа	6	23
2	Щека	4	15,38
3	Верхняя губа, нос	3	11,54
4	Поднижнечелюстная область, шея	3	11,54
5	Лоб, волосистая часть головы	3	11,54
6	Орбита и надбровные дуги	2	7,69
7	Половина лица	2	7,69
8	Язык	1	3,85
9	Несколько анатомических областей	2	7,69

При этом отметим, что исследователи излюбленной локализацией ГГ называют щеки и боковую поверхность носа, носо-губную борозду и губы [1, 5, 10, 14].

Пациенты и их родители всегда констатировали медленный безболезненный рост визуально определяемой опухоли. В отдельных случаях для установления окончательного клинического диагноза и определения объёма хирургического вмешательства использовались дополнительные методы обследования [9, 13, 16], в частности диагностическая пункция (в пунктате – кровь) (Рис. 1), компьютерная томография или ангиография (Рис. 2).

По нашим наблюдениям, наибольшие трудности в диагностике, сопровождающиеся высокой вероятностью послеоперационных осложнений, возникают в случаях расположения гемангиом в области дна полости рта и на языке (Рис. 3), что тесно связано с их топографо-анатомической локализацией, а длительный бессимптомный рост, усугубляя ситуацию, может приводить к выявлению опухоли в более поздние сроки.



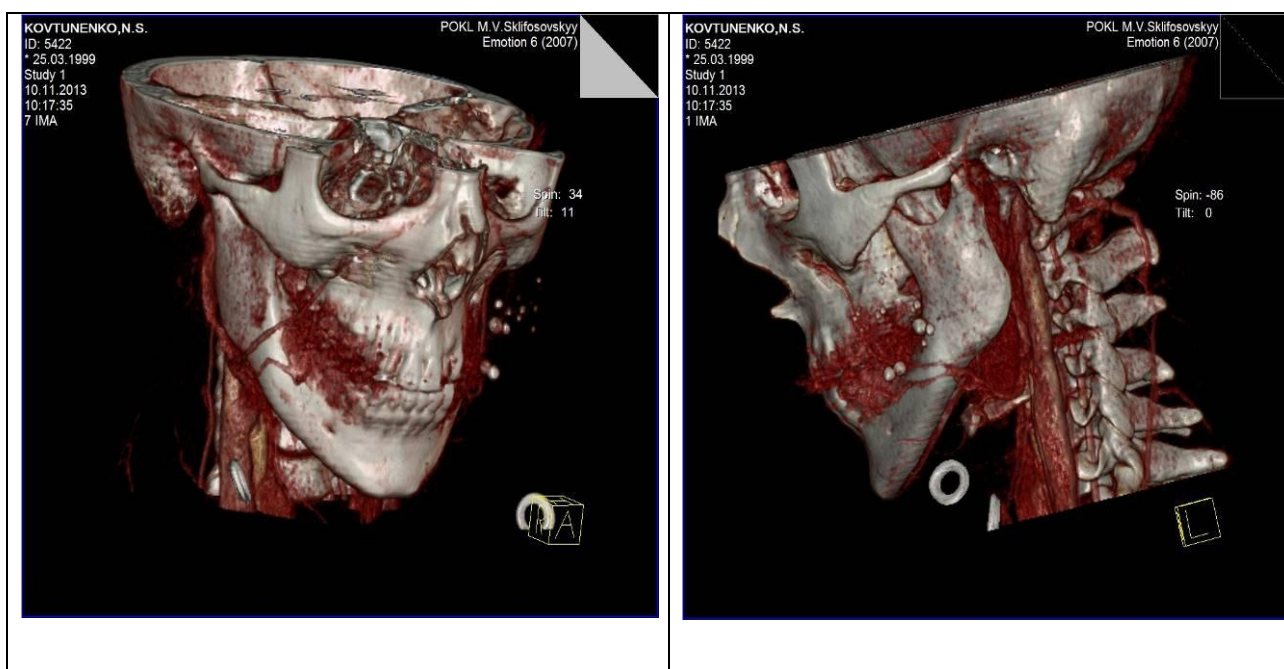


Рис. 2. Компьютерная томограмма ребёнка К., 14 лет, с гроздевидной гемангиомой левой щеки (в сосудистом новообразовании определяются флеболиты)

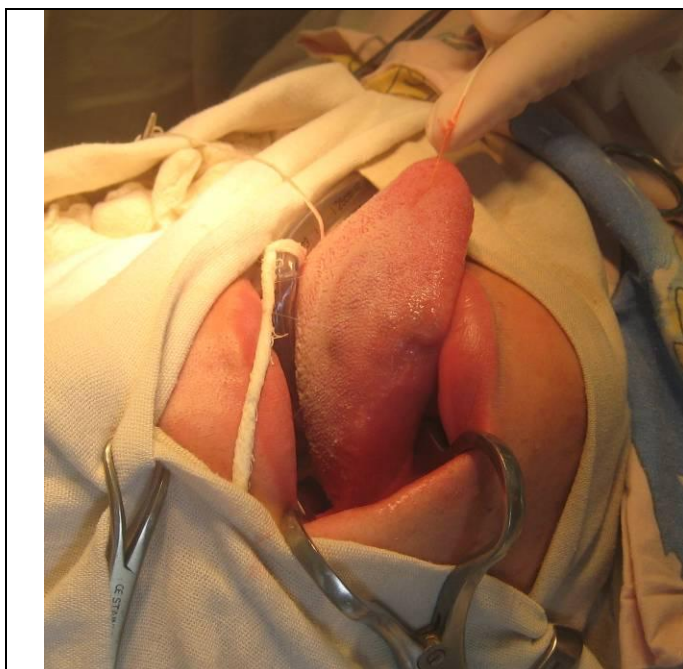


Рис. 3. Ребёнок с гемангиомой языка (перед началом оперативного вмешательства)

Проанализировав данные литературных источников, следует отметить, что в подходах к классификации гемангиом существуют некоторые разногласия [9]. Так, клиницисты делят их на капиллярные (простые), гроздевидные

(рацимозные), кавернозные (пещеристые), комбинированные, смешанные (ангиофиброма, ангионеврома и т.д.) [2, 3, 4, 10, 14]. Однако, по мнению патоморфологов, гроздевидную форму гемангиомы выделять нецелесообразно [6, 7], но мы в своей работе рассматриваем её как отдельную нозологическую форму.

Интересно, что, по нашим наблюдениям, в 18 случаях (69,2%) клинический диагноз не совпадал с результатами гистологического исследования послеоперационного материала. Например, у 12 (66,67%) таких пациентов клинический диагноз “кавернозная гемангиома” морфологами не подтверждался и классифицировался как “капиллярная гемангиома”.

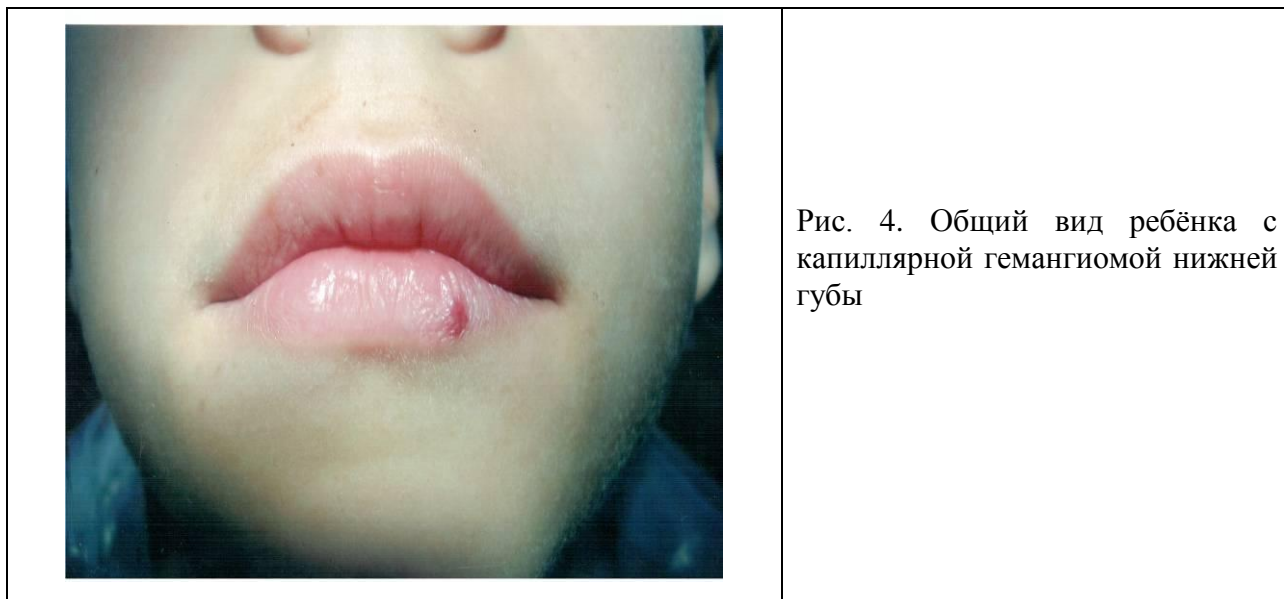
Вообще исследователи считают, что гистологическая структура большинства ГГ в детском возрасте представлена незрелыми капиллярными образованиями, которые впоследствии созревают в кавернозные и гроздевидные формы опухоли [1, 4].

Учитывая то, что в литературных источниках симптоматика ГГ представлена достаточно детально, мы не ставим целью подробно описывать клиническую картину, остановившись только лишь на наиболее значимых симптомах.

По клиническим признакам в нашем исследовании капиллярных гемангиом было 3 (11,54%), гроздевидных 5 (19,23%), кавернозных 18 (69,23%).

Капиллярная гемангиома (Рис. 4) располагается под эпидермисом в дермальном или субдермальном слоях с возможностью быстрого роста по поверхности кожи или вглубину с поражением подкожной клетчатки, мышечных структур и т.д.. Окраска опухоли зависит от характера сосудов, их просвета и глубины залегания: превалирование сосудов артериального типа обуславливает ярко красный цвет образования, а при преобладании венозной сетки его

окраска более тёмная. При натягивании кожи или слизистой оболочки ГГ светлеет или исчезает (“симптом надавливания”).



Как разновидность капиллярной гемангиомы специалисты выделяют сосудистое пятно – порок развития сосудов кожи, который из-за специфической клинической картины (образование красного цвета с различной степенью проявления) называют “винным пятном”. Окраска такого образования усиливается на холоде, во время плача, при напряжении и т.п. [4, 14].

Микроскопически капиллярная гемангиома в большинстве наблюдений была представлена разделёнными тонкими соединительнотканными прослойками, хаотически расположенными мелкими сосудами капиллярного типа с узким просветом и большим количеством хорошо контурирующихся набухших эндотелиоцитов, некоторые из которых находились в состоянии митоза (Рис. 5). Описанная морфологическая картина позволяет отнести данное опухолевое образование к так называемым ювенильным капиллярным гемангиомам [7] с характерной локализацией на шеи и голове в раннем детском возрасте. Иногда встречались капиллярные гемангиомы, состоящие из более

широких капиллярных сосудов, разделённых хорошо выраженными прослойками фиброзной ткани. Очевидно, данные образования отражают более поздние стадии развития ювенильных капиллярных гемангиом [7].

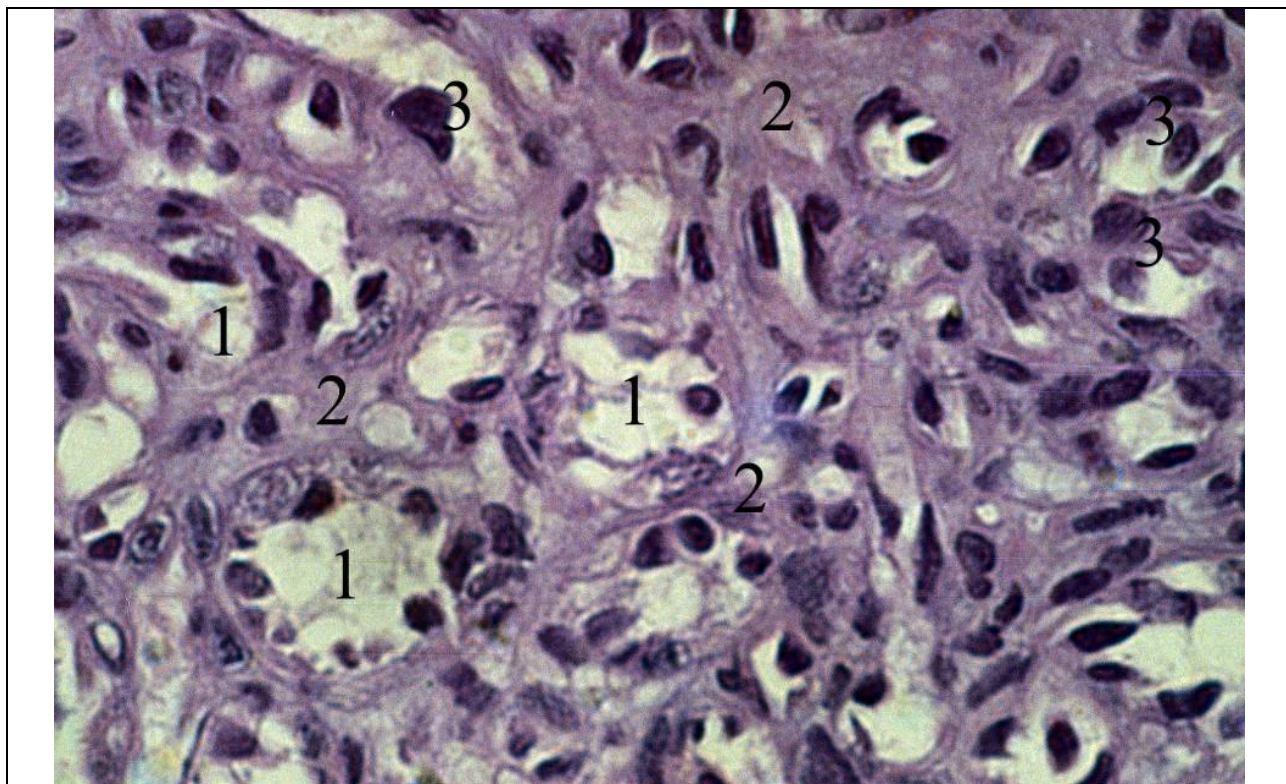


Рис. 5. Микроскопическое строение капиллярной гемангиомы. Окраска гематоксилин-эозином. Об. 20^x, ок. 10^x. 1 – просвет сосудов капиллярного типа; 2 – соединительнотканые прослойки; 3 – эндотелиоциты в состоянии митоза

По данным исследователей, капиллярные ГГ могут регрессировать [1, 7, 9, 10].

Гроздевидная гемангиома чаще локализовалась вблизи больших сосудов на боковой поверхности лица и шеи, представляя собой конгломерат из разных по диаметру, толщине и атипично развитых сосудов артериального, венозного или смешанного типа. Возможно наличие артерио-венозных шунтов, ветвистых артериальных или венозных сосудов, где могут наблюдаться флеболиты (Рис. 6).



Пальпаторно артериальная гроздевидная гемангиома “горячая” и пульсирует, а при её аускультации выслушивается шум.

Кавернозная гемангиома – узловатая опухоль тёмно-красного или синюшного цвета, мягкой консистенции без чётких границ (Рис. 7). Несмотря на доброкачественный характер, может наблюдаться её быстрый прогрессирующий рост, особенно в раннем детском возрасте, что сопровождается деформацией лица.



В зависимости от клинических проявлений, кавернозные ГГ бывают ограниченными и диффузными, поражая не только кожные покровы, но и подлежащие мягкие ткани.

Специфическим признаком кавернозной гемангиомы является “симптом наполнения” (при надавливании бледнеет, а при наклоне головы увеличивается в размерах и пульсирует).

Микроскопически кавернозные ГГ состояли из выстланных уплощённым эндотелием тонкостенных, заполненных кровью полостей, анастомозирующих между собой (Рис. 8), в которых в отдельных случаях наблюдались обызвествлённые тромбы или флеболиты.

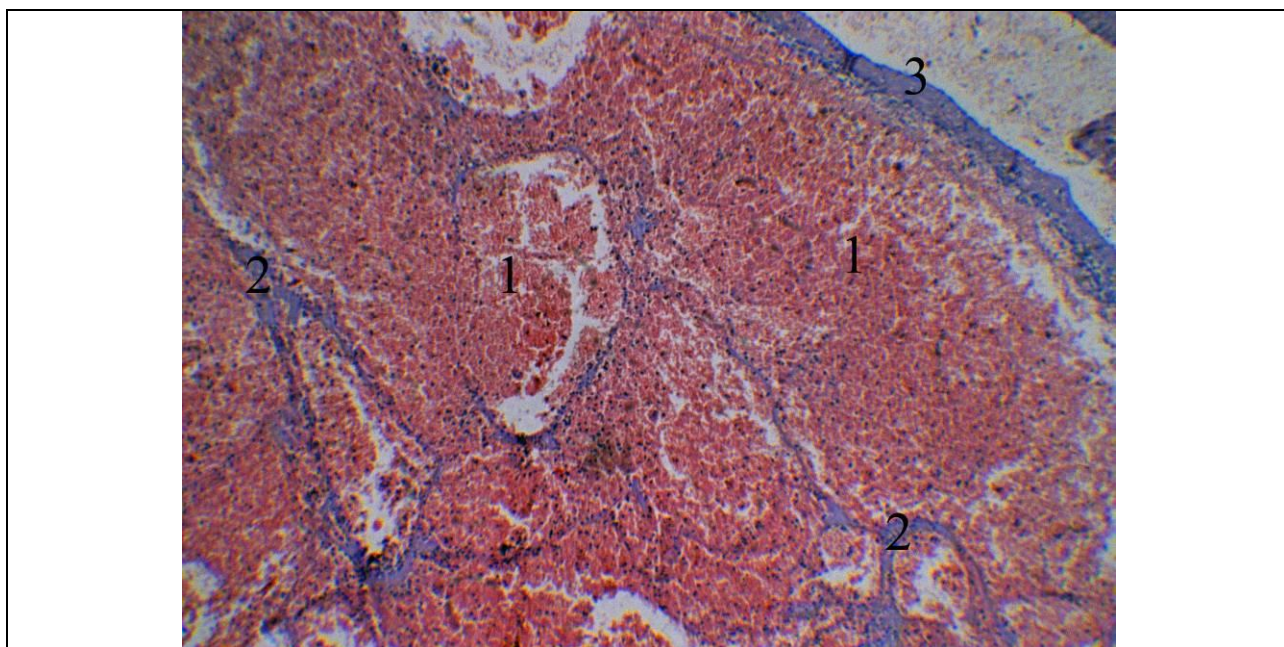


Рис. 8. Микроскопическое строение кавернозной гемангиомы. Окраска гематоксилин-эозином. Об. 6,3^x, ок. 10^x. 1 – полости, заполненные форменными элементами крови; 2 – соединительнотканые перегородки; 3 – капсула

Комбинированная гемангиома – сочетание капиллярной формы с кавернозной, кавернозной с гроздевидной и т.д. с излюбленной локализацией на верхней и нижней губе. На языке и в задних отделах полости рта комбинированные ГГ в детском возрасте практически не встречаются.

Лечение гемангиом зависит от нозологической формы и распространённости опухолевого процесса [1, 8, 9, 10, 12, 13, 14]. При этом возможны диатермокоагуляция (Рис. 9), склерозирующая терапия (Рис. 10), хирургическое удаление (Рис. 11, 12), лазеротерапия, дермобразия, прошивание опухоли, системное применение гормонов и интерферона, лучевая и компрессионная терапия.

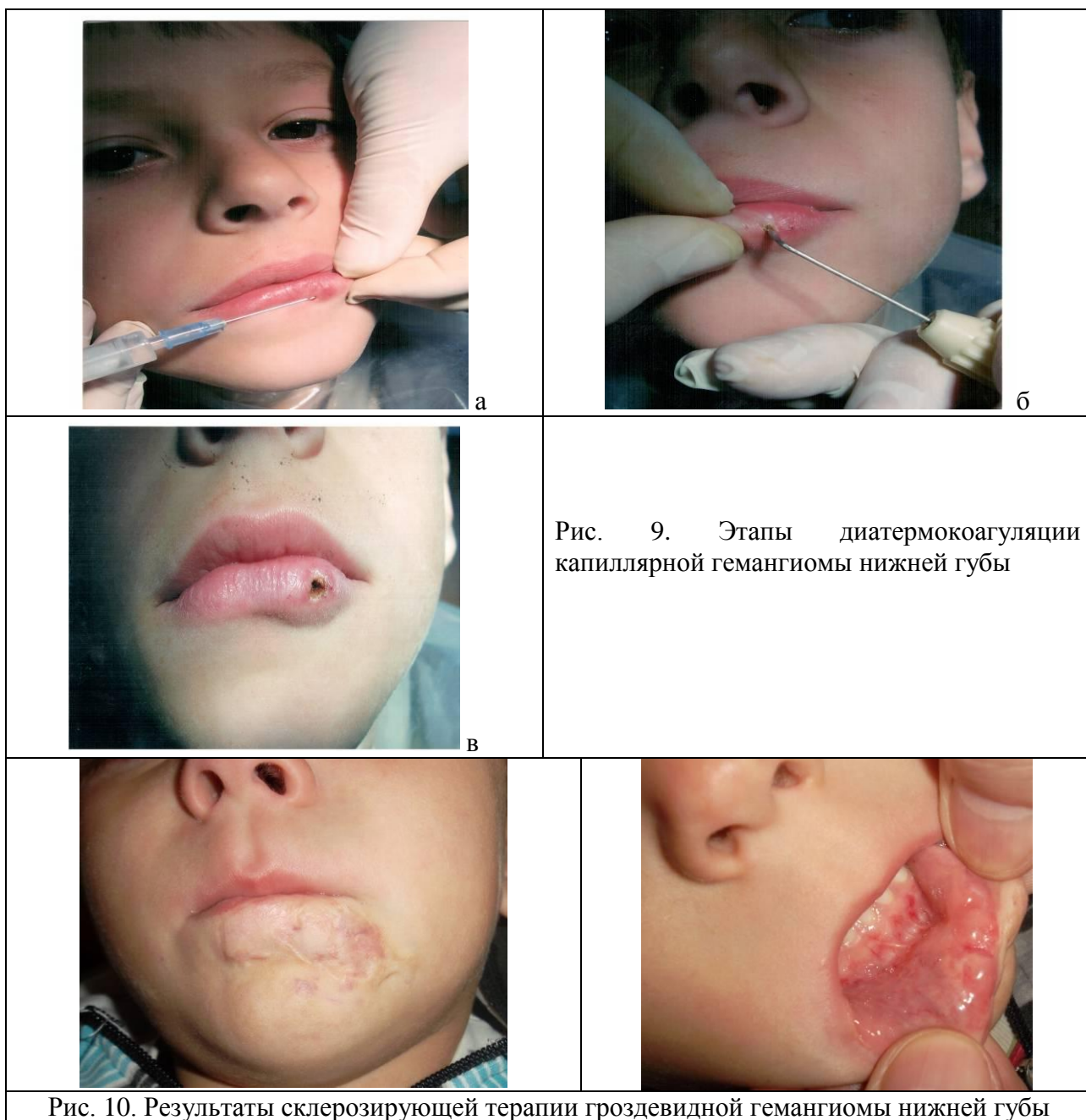
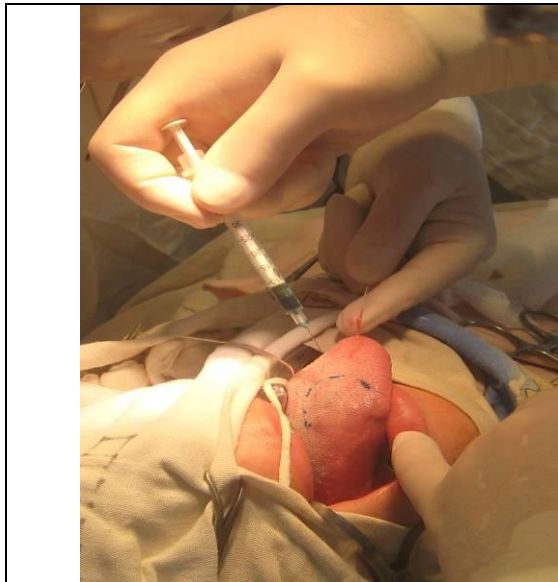
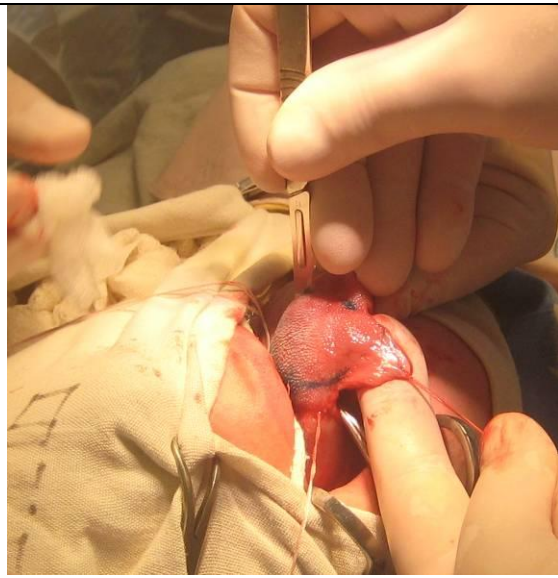


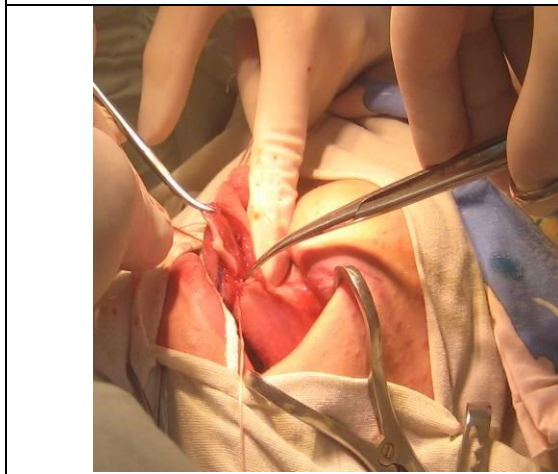
Рис. 10. Результаты склерозирующей терапии гроздевидной гемангиомы нижней губы



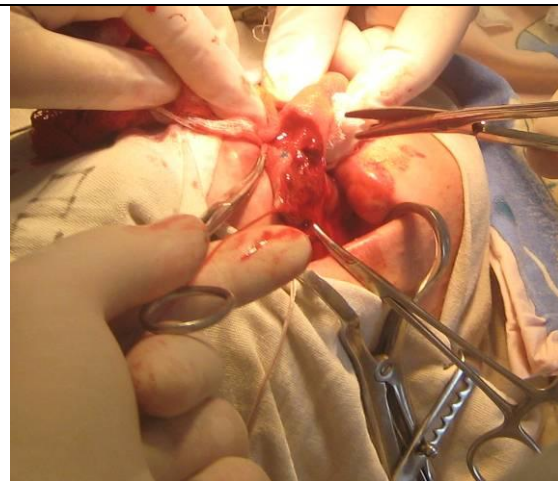
а



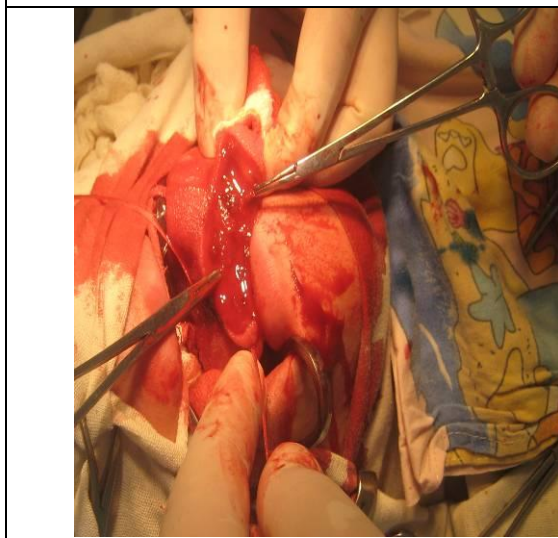
б



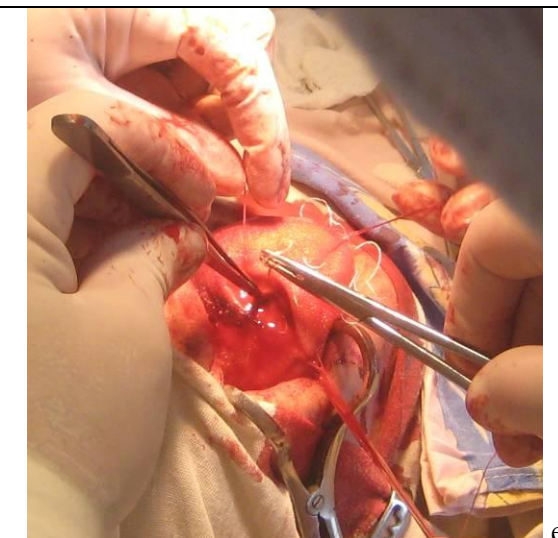
в



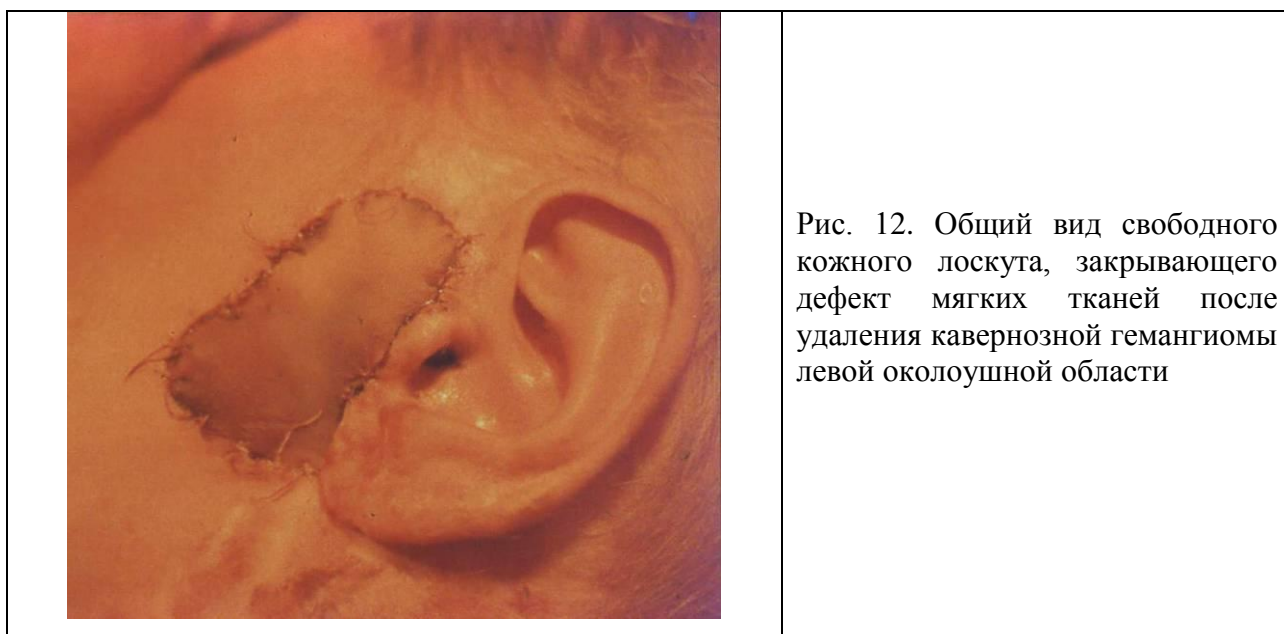
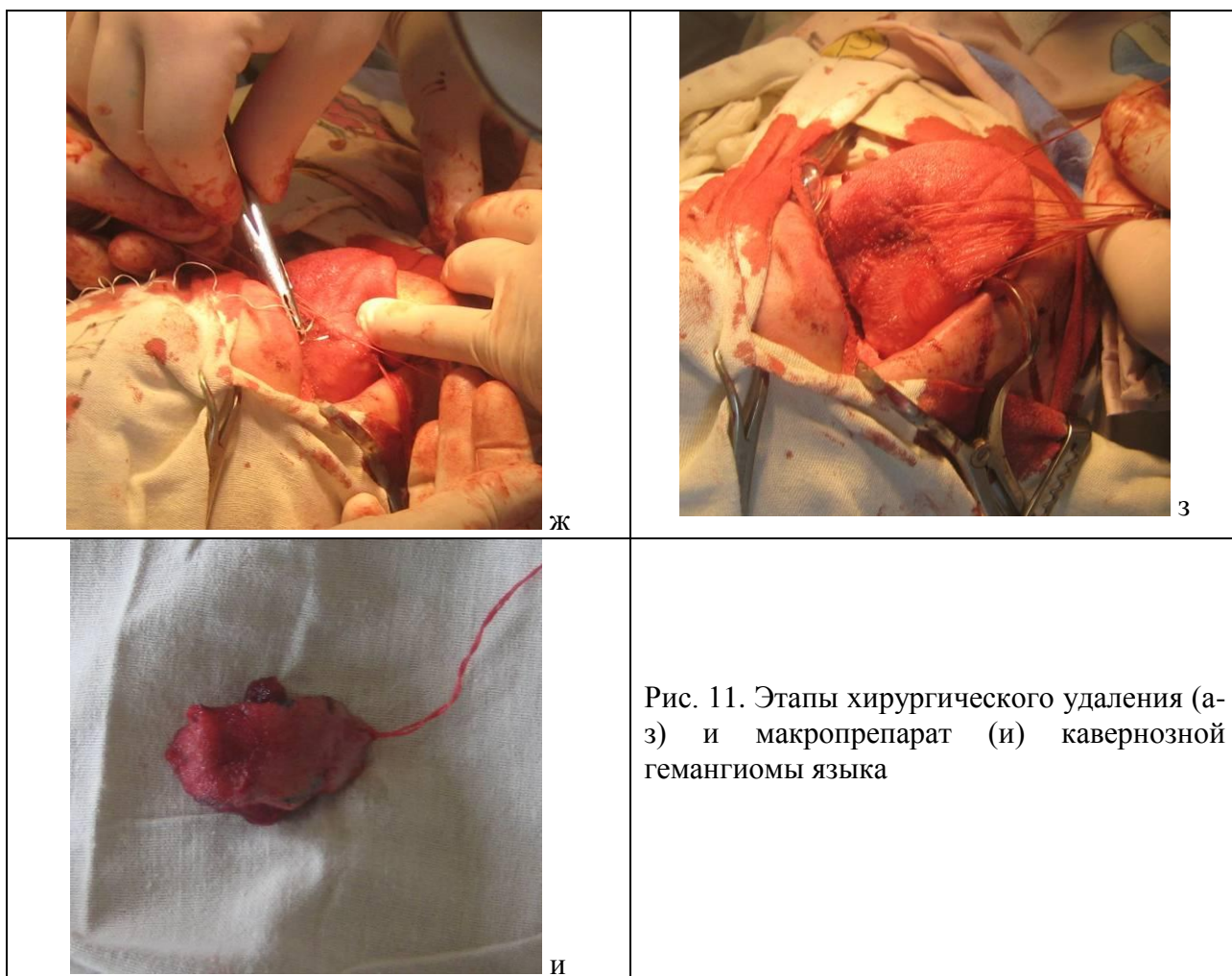
г



д



е



В то же время лимфангиомы (ЛГ), по нашим наблюдениям, встречаются редко (3,0% от общего числа новообразований мягких тканей лица и шеи [15]), что не позволило нам провести собственную статистическую обработку, подобно гемангиомам.

По данным литературы, ЛГ также являются доброкачественными дисонтогенетическими опухолями из лимфатических сосудов, проявляющимися сразу же после рождения или в грудном возрасте, растущими медленно и безболезненно, чаще локализуясь на языке, на дне полости рта, боковой поверхности шеи или на верхней губе [2, 9, 11].

Случаи выявления лимфангиом не сразу после рождения, а через некоторое время жизни ребёнка, по мнению учёных, связаны с тем, что при рождении опухоль находится в спавшемся состоянии, а затем, по ряду причин (травма, воспаление и т.п.), увеличивается, проявляясь клинически [4, 14].

ЛГ могут сочетаться с другими пороками развития, а в литературе известны случаи их возрастной регрессии [3, 10]

Большинство исследователей делит лимфангиомы по гистологическому строению (капиллярные, кавернозные, кистозные, смешанные), по степени роста (ограниченные, диффузные, поверхностные, глубокие) и локализации.

Однако некоторые патоморфологи утверждают, что в мягких тканях ЧЛЮ у детей встречаются только капиллярные и кавернозные образования, настаивая на подавляющем преобладании последних [7].

В нашей клинической практике мы также встречали морфологически подтверждённые только кавернозные лимфангиомы, о которых будем говорить на основании собственных наблюдений, а данные об остальных формах приводим из литературных источников.

Таким образом, безболезненные и эластические *капиллярные ЛГ* без чётких границ переходят в окружающие ткани, не изменяя окраску покрывающей кожи.

Такие опухоли, локализующиеся на губах или языке, проявляются макрохейлией или макроглоссией: среди бородавчатых разрастаний расположено большое количество пузырьков со светлым или геморрагическим содержимым. Увеличение объёма тканей провоцирует частое травмирование, воспаление и дальнейшее увеличение ЛГ, а макроглоссия может приводить к аномалийному расположению зубов и прикуса.

Морфологически капиллярная лимфангиома представлена многочисленными расширенными лимфатическими капиллярами, выстланными один-двумя рядами эндотелиальных клеток.

Мягкие и безболезненные *кавернозные лимфангиомы* состоят из множества заполненных прозрачной или мутной жидкостью полостей (каверн), сообщающихся между собой и локализующихся в толще мягких тканей, приводя к их деформации. Опухоль не имеет выраженной капсулы, диффузно поражая анатомические области, чаще околоушно-жевательную или верхнюю треть шеи. Цвет кожи или слизистой оболочки над новообразованием не изменены, однако может наблюдаться синюшный оттенок из-за просвечивания через истончённую кожу содержимого поверхностно расположенных больших полостей. При этом наблюдается “симптом зыбления” и выраженный сосудистый рисунок подкожных вен за счёт атрофии подкожной жировой клетчатки (Рис. 13).

Опухоль растёт медленно, ускоряясь при воспалении, а постоянное давление ЛГ на костную ткань может приводить к деформации последней.

Различают поверхностную (ограниченную и распространённую) и диффузную формы. Для поверхностной характерно наличие на слизистой

оболочке полости рта, спинке языка или губы одиночных или множественных мелких пузырьков в виде росинок с прозрачным либо кровянистым содержимым (“симптом роси”) (Рис. 14), а при диффузной подобные пузырьковые высыпания распространяются и на нижнюю поверхность языка. Чаще пузырьки определяются в возрасте 3-х лет, а не одновременно с выявлением новообразования.



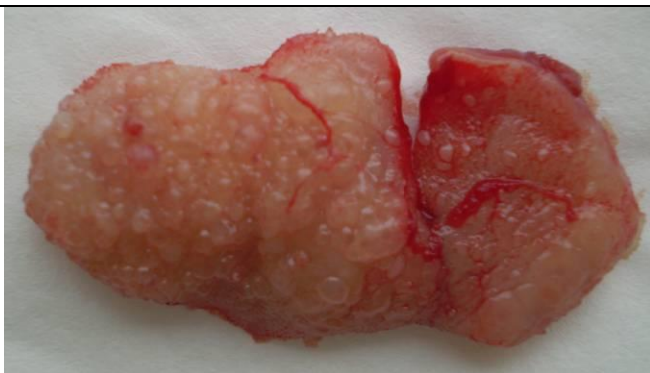
Рис. 13. Общий вид ребёнка с кавернозной лимфангиомой верхней трети шеи слева



а



б



в

Рис. 14. Общий вид (а), вид послеоперационной раны (б) и макропрепарат (в) поверхностной кавернозной лимфангиомы языка

Исследователи отмечают склонность кавернозной лимфангиомы к рецидивам.

Макроскопически опухоль представляет собой мягкий губчатый узел различной величины (Рис. 14 в), а микроскопически (Рис. 15, 16) состоит из сильно расширенных лимфатических сосудов или пространств, выстланных эндотелием и содержащих разное количество лимфы, лимфоцитов, а иногда и эритроцитов. В стенках этих пространств могут встречаться пучки гладкомышечных волокон со скоплениями лимфоцитов. В строме обычно определяются фиброз и воспалительная инфильтрация.

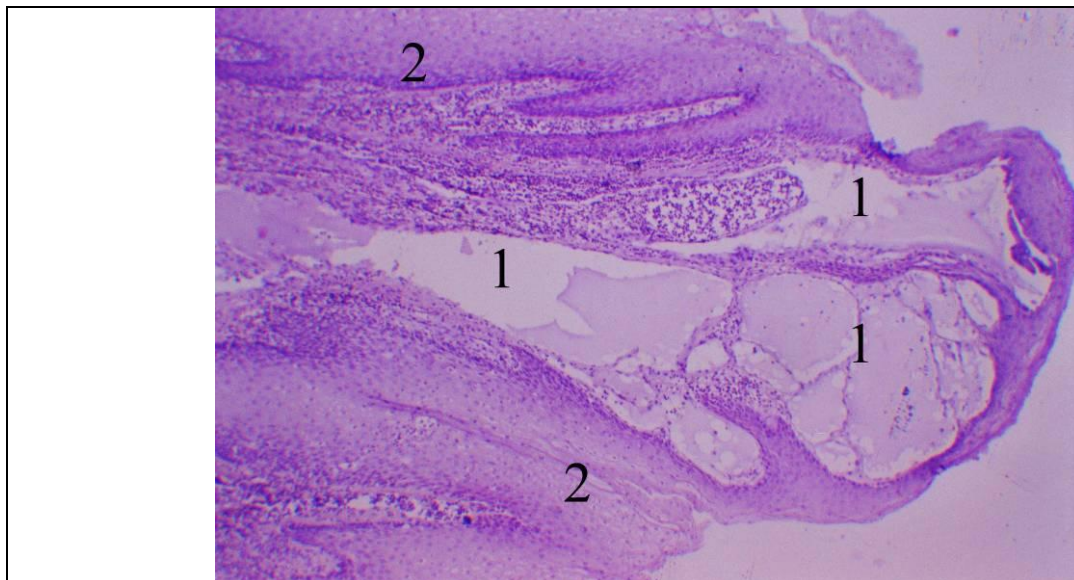


Рис. 15. Микроскопическое строение кавернозной лимфангиомы языка. Окраска гематоксилин-эозином. Об. 3,5^x; ок.10^x. 1 – каверны, заполненные лимфой; 2 – покровный эпителий слизистой оболочки языка

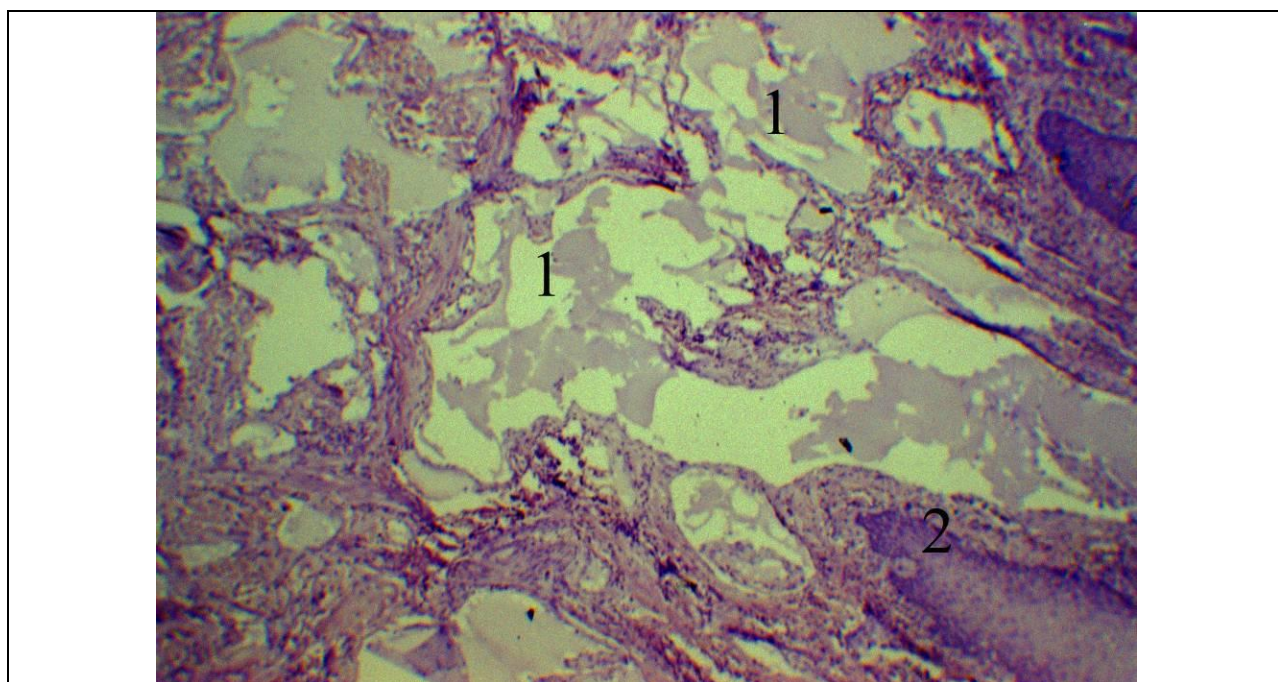


Рис. 16. Микроскопическое строение кavernозной лимфангиомы щеки. Окраска гематоксилин-эозином. Об. $10\times$; ок. $10\times$. 1 – каверны, заполненные лимфой; 2 – покровный эпителий

Кистозные лимфангиомы, диаметром 2-10 см, чаще локализуются на дне полости рта и боковой поверхности шеи, выдвываясь наружу или в полость рта, и, достигая значительных размеров, могут угрожать жизни ребёнка.

Обычно стенки кист срастаются с окружающими тканями, но встречаются и одиночные кисты, не спаянные с подкожной клетчаткой, мышцами или другими тканями.

Морфологически кистозная ЛГ состоит из 2-4 сообщающихся между собой полостей с возможностью перетекания содержимого из одной полости в другую. В опухоли могут быть выявлены гиперплазированные лимфатические узлы.

Необходимо отметить, что общей особенностью всех лимфангиом у детей является их предрасположенность к воспалению, что чаще наблюдается у пациентов 3-7 или 7-12 лет в весенний либо осенний периоды, совпадая с пиком заболеваемости острыми респираторными и инфекционными

заболеваниями. Воспалению могут способствовать и травма или обострение осложнённого кариеса либо другого воспалительного процесса в рото- или носоглотке. При этом опухоль увеличивается в размерах, развивается воспалительный инфильтрат с симптомами острого воспалительного процесса. Очевидно, что воспалённая лимфангиома может проявляться в участках ЧЛО, которые ранее считались непоражёнными [2, 4, 9, 11].

Лечение ЛГ в детском возрасте – многоэтапные хирургические операции, а радикальное вмешательство рекомендуется проводить лишь при ограниченной кистозной лимфангиоме лица или шеи и ограниченной лимфангиоме языка [3, 10, 14]. Радикальное удаление диффузной лимфангиомы языка считается невозможным, а её терапия сводится к частичному продольному и клиновидному иссечению изменённых тканей (Рис. 13 б).

Основываясь на анализе вышеизложенного материала, можно сделать следующие выводы.

1. В структуре доброкачественных опухолей мягких тканей челюстно-лицевой области у детей 26,0% составляют гемангиомы, а лимфангиомы встречаются в 3,0% случаев всех новообразований мягких тканей лица и шеи.

2. Среди специалистов хирургического профиля и патоморфологов существуют разногласия по поводу принципиальных подходов к классификации гемангиом и лимфангиом челюстно-лицевой области.

3. В 69,2% случаев клинический диагноз относительно формы гемангиом не совпадает с результатами гистологического исследования послеоперационного материала.

4. В повышении эффективности оказания хирургической помощи пациентам с сосудистыми опухолями ЧЛО, наряду со своевременным использованием классических методик обследования, отдельное внимание должно отводиться внедрению современных методов исследования, что в

комплексе позволяет провести дифференциальную диагностику на высоком уровне и определиться с выбором алгоритма ведения таких больных и объёмом хирургического вмешательства.

Литература

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский – М.: Медицинская литература, 2000. – 404 с.
2. Дитяча хірургічна стоматологія. Практичні заняття (Частини I-III). Методичні рекомендації / П.І.Ткаченко, О.В.Гуржій, С.О.Білоконь та співавт. – Полтава, 2005. – 140 с.
3. Зеленский В.А. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия / В.А.Зеленский, Ф.С.Мухорамов – Москва, 2008. – 206 с.
4. Колесов А.А. Новообразования мягких тканей и костей лица у детей и подростков / А.А.Колесов, Ю.И.Воробьёв, Н.Н.Каспарова – М.: Медицина, 1989. – 302 с.
5. Маланчук В.А. Эпидемиология заболеваний челюстно-лицевой области за период 1985-2011 гг. / В.А.Маланчук, О.Л.Циленко, Д.М.Черногорский, З.В.Кмецинская / Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії // Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження професора Г.І.Семенченка. – Одеса, 2014. – С. 5-7
6. Меркулов А.Б. Курс патогистологической техники / А.Б.Меркулов – Л.: Медицина, 1969. – 237 с.
7. Пальцев М.А. Патологическая анатомия / М.А.Пальцев, Н.М.Аничков – М.: Медицина, 2001. – 525 с.

8. Пермінов О.Б. Лікування доброякісних судинних новоутворень м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки із застосуванням хімічної коагуляції / О.Б.Пермінов, О.В.Чумаченко, І.У.Лісовська, О.О. Стаханська / Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії // Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження професора Г.І.Семенченка. – Одеса, 2014. – С. 91-92
9. Тетруева Н.А. Тактика лечения гемангиом челюстно-лицевой области у детей. Применение пропранолола в качестве первой линии терапии гемангиом сложных локализаций / Н.А.Тетруева, А.В.Тимошенко, Д.В.Лучинский / Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії // Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження професора Г.І.Семенченка. – Одеса, 2014. – С. 21-27
10. Тимофеев А.А. Челюстно-лицевая хирургия / А.А.Тимофеев – К., 2010. – 574 с.
11. Ткаченко П.И. Лимфангиомы челюстно-лицевой локализации у детей: статистика и диагностический алгоритм / П.И.Ткаченко, Е.В.Гуржий, С.А.Белоконь // Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. – Полтава, 2008. – С. 337
12. Ткаченко П.И. Эффективность радиоволновой хирургии при лечении гемангиом челюстно-лицевой области у детей / П.И.Ткаченко, Е.В.Гуржий, С.А.Белоконь / Інноваційні технології в стоматології та щелепно-лицьовій хірургії // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – Харків, 2009. – С. 30-32
13. Харьков Л.В. Диагностика та лікування гемангіом щелепно-лицевої ділянки у дітей / Л.В.Харьков, Л.М.Яковенко, Кисельова Н.В. / Нові технології в хірургічній стоматології і щелепно-лицевій хірургії // Матеріали науково-

- практичної конференції, присвяченої 100-річчю з дня народження професора Г.І.Семенченка. – Одеса, 2014. – С. 17-19
- 14.Харьков Л.В. Хірургічна стоматологія дитячого віку / Л.В.Харьков, Л.М.Яковенко, І.А.Чехова – К.: Книга-плюс, 2003. – 480 с.
- 15.Шешукова Я.П. Структура та частота доброякісних новоутворень м'яких тканин обличчя, щелепних кісток у дітей і дорослих / Я.П.Шешукова. – Український стоматологічний альманах. – 2013. – № 3. – С. 46-49
- 16.Donnelly L.F. Vascular malformations and hemangiomas: a practical approach in a multidisciplinary clinic / L.F.Donnelly, D.M.Adams, G.S.Bisset – Am. J. Roentgenol., 2000. – Vol. 174, №3. – P. 597-608